

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT OPÉRATOIRE

de l'Arthrite chronique déformante de la hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIE-ROSE DIOCHON

EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Saint-Laurent-lès-Mâcon (Ain), le 7 février 1896



LYON
IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

1921

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT OPÉRATOIRE

de l'Arthrite chronique déformante de la hanche

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X...
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe.....	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
—	Chimie minérale.....	BARRAL
—	Accouchements	COMMANDEUR
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VALLAS, *Président* ; M. TAVERNIER, *Assesseur* ;
MM. COTTE et BONNET, *Agrégés*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 26

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

de l'Arthrite chronique déformante de la hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 13 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARIE-ROSE DIOCHON

EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Saint-Laurent-lès-Mâcon (Ain), le 7 février 1896



LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

1921

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VALLAS
Chirurgien des Hôpitaux

C'est dans son service que nous avons
fait nos débuts à l'hôpital, en 1915. Il
nous fait le grand honneur de présider
notre jury.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR M. DURAND

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

C'est quand nous étions secrétaire dans son service que nous avons observé l'un des malades qui a servi de thème à notre thèse; c'est lui qui nous a donné le sujet de ce travail.

AU DOCTEUR L. TAVERNIER

*Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux*

Il nous a fourni, avec une grande obligeance, l'autre observation de cette étude, ainsi que de multiples renseignements sur notre sujet.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
(1915-1921)

Docteur VALLAS.

- BRET.
- WEILL.
- PEHU.
- POLLOSSON.
- NOVE-JOSSERAND.
- BERIEL.
- BONNAMOUR.
- DURAND.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553219_0038

EXPOSITION DU SUJET

On étudie beaucoup depuis quelques années les affections articulaires de la hanche. Il existe d'abord des arthrites chroniques de nature bien définie :

1° *Arthrite tuberculeuse* ou *coxalgie*, de beaucoup la plus fréquente ;

2° *Arthropathies nerveuses*, plus rares à la hanche qu'aux autres articulations ;

3° *Arthrite syphilitique* ;

4° *Arthrites infectieuses* dont un type est particulièrement bien connu : l'arthrite blennorragique, avec sa cause qui peut être décelée.

Quelques arthrites, surtout chez l'enfant, ont été individualisées dans ces dernières années, comme étant en rapport avec des déformations congénitales ou acquises de l'architecture osseuse du cotyle ou de la tête fémorale. C'est ainsi qu'on a mis en évidence, chez l'enfant, l'*ostéochondrite déformante infantile* décrite par Sourda, Legg, Waldenstrom, Perthes, etc... Cette affection présente un aspect radiographique caractéristique qui la différencie de la coxalgie, et sur lequel nous n'avons pas à insister. Son évolution, relativement bénigne, ne peut laisser chez

l'adulte que des séquelles gênantes : atrophie de la cuisse, coxa vara ou valga, légère diminution des mouvements. Ce n'est pas une arthrite vraie, mais une ostéo-chondrite.

C'est ainsi encore qu'on décrit une *arthrite déformante juvénile*, une arthrite des *hanches malformées*.

Toutes ces variétés d'arthrites de l'enfance, que nous citons pour essayer d'être complet dans cette énumération des affections articulaires de la hanche, ne font pas partie du cadre que nous nous sommes tracé ; ce n'est pas à elles que s'adresse le traitement opératoire que nous proposons.

Il existe enfin un certain nombre d'arthrites chroniques désignées sous le nom d'*arthrites sèches* ou *arthrites déformantes*, de nature et d'origine encore bien discutées.

Chez le vieillard, il est classique de désigner sous le nom de « morbus coxæ senilis » ces arthrites de la hanche, lentes, insidieuses, considérées, faute de mieux, comme étant d'origine rhumatismale et aboutissant à une impotence plus ou moins complète.

C'est cette affection qui sert de type à la description ordinaire de l'arthrite sèche de la hanche.

Chez l'adulte enfin, on a cherché à individualiser tout récemment (Mannoni, *Thèse* de Paris, 1921) une arthrite déformante de la hanche avec des symptômes semblables à ceux de la « morbus coxæ senilis » et des lésions radiographiques identiques, mais survenant « trop tôt pour être prise pour une arthrite sénile, trop tard pour être considérée comme une arthrite juvénile ».

La relation de ces arthrites entre elles, leurs causes, sont encore obscures et discutées. Ce que nous voulons retenir, c'est qu'il existe à tout âge, en particulier chez

l'adulte et le vieillard (un de nos malades a commencé de souffrir à 20 ans, l'autre à 50 ans), des arthrites chroniques déformantes de la hanche qui, dans la majorité des cas, sont assez bénignes, mais qui peuvent devenir graves au point de rendre leurs porteurs des infirmes, incapables d'aucun travail, d'aucune marche.

Ce sont ces cas particulièrement graves que nous envisagerons.

Ce sont eux qu'on est amené à traiter chirurgicalement.

Nous apportons deux observations dues, l'une au docteur M. Durand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et dont les résultats furent vus alors que nous étions externe dans son service ; l'autre, à l'obligeance de M. le professeur de clinique Nové-Josserand et de M. le professeur agrégé Tavernier, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme ayant souffert de la hanche droite depuis 20 ans jusqu'à 55 ans et arrivé, par le fait des douleurs de plus en plus intolérables et de la boiterie, à une impotence fonctionnelle absolue. Le malade avait fait plusieurs séjours à l'hôpital ; depuis 1919 surtout, son état s'était aggravé, il avait dû marcher avec une canne, puis il avait fini par être confiné au lit.

L'intervention s'imposait du fait :

des douleurs ;

de la claudication très marquée par attitude vicieuse avec raccourcissement apparent de 10 cm.

Cette arthrite monoarticulaire d'origine inconnue, mais non tuberculeuse, est à rapprocher d'un cas semblable publié par Alb. Mouchet et Lefranc, en 1919, dans

le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, sous le titre : « Un cas d'ostéo-arthrite coxo-fémorale déformante de nature indéterminée », et concernant une servante de brasserie, âgée de 30 ans, souffrant depuis deux ans. Les lésions radiographiques (que nous étudierons plus tard) sont les mêmes dans les deux cas.

La deuxième observation relate l'histoire clinique d'une malade de 57 ans, souffrant depuis sept ans d'une arthrite de la hanche droite. Ici, on peut songer à la nature rhumatismale de l'affection articulaire, à cause de l'atteinte simultanée de plusieurs jointures, inégalement touchées d'ailleurs. Les douleurs violentes et la claudication progressive obligeaient la malade à garder le lit.

Dans les deux cas, après l'échec de tous les traitements médicaux, l'opération s'imposait, même mutilante, pour permettre à ces deux malades de marcher.

Traités par la même intervention : *l'arthrodèse de la hanche atteinte*, ils sont instructifs à la fois par leur ressemblance et par leurs différences, que nous signalerons ultérieurement.

Il y a donc des cas d'arthrite chronique déformante de la hanche que l'on peut et que l'on doit opérer.

ÉTUDE

CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE

Nous rappellerons d'abord rapidement les caractères cliniques et radiographiques, surtout, de l'arthrite déformante de la hanche. Ils sont tous décrits dans les traités classiques.

Les symptômes fonctionnels sont :

La *douleur*, plus ou moins accusée selon les cas, qui peut atteindre une intensité telle qu'elle suffit à forcer la main au chirurgien. Le plus souvent c'est après des années de souffrances progressives, survenant d'abord après les fatigues de la journée, puis continuellement, que le malade réclame une intervention qui mette fin à ses douleurs. Elles siègent dans la hanche, peu dans le genou ;

La *claudication* due soit à la douleur, soit aux attitudes vicieuses, semblables à celles de la coxalgie, mais survenant d'habitude après un temps beaucoup plus long.

Un de nos malades avait un raccourcissement apparent de 10 cm., mais survenu trente ans environ après le début des douleurs, et peut-être favorisé par la profession très fatigante qu'il exerçait (il était garçon de café).

Ces arthrites évoluent donc progressivement et lentement, sans aucune tendance à la suppuration ni aux altérations graves des surfaces articulaires telles qu'on les voit dans la tuberculose ou la syphilis.

Si on examine les malades à un stade déjà avancé, on observe les signes physiques fournis par l'examen d'un coxalgique :

Limitation plus ou moins prononcée des mouvements de la cuisse : rotation et abduction surtout. La non-tendance à l'ankylose, quoique classique, n'est pas absolue.

Attitudes vicieuses même, en flexion et adduction, ou flexion et abduction.

Atrophie musculaire de la cuisse.

Jusqu'ici le diagnostic avec la coxalgie reste très difficile. On est seulement impressionné par l'absence de tuberculose dans les antécédents héréditaires ou personnels, de ganglions inguinaux et iliaques, par le bon état général, par la lenteur de l'évolution, l'absence de suppuration. Mais deux signes positifs ont une grande valeur :

Les *craquements* articulaires perçus souvent par le malade lui-même et par le médecin à la mobilisation du membre ; craquements souvent rudes, sentis par la main et même entendus à l'oreille ; quelquefois simples frottements que Nélaton comparait au bruit que feraient en frottant, l'un sur l'autre, deux morceaux de velours d'Utrecht ;

La *radiographie*, sur laquelle nous devons insister.

Les lésions, en effet, sont très différentes des autres lésions chroniques de la hanche, la coxalgie en particulier.

Qu'observe-t-on ? Un double processus.

1° L'usure des cartilages articulaires, amenant même une déformation de la tête, plus ou moins rongée ;

2° Une prolifération périphérique, entourant les surfaces articulaires.

C'est ainsi qu'on trouve :

Une tête fémorale plus ou moins abîmée, aplatie en tampon de wagon, par exemple ;

Un col dont l'angle d'inclinaison peut être légèrement modifié, cependant la coxa vara est rare (Perrin, *Revue d'Orthopédie*, 1912).

Une cavité cotyloïde agrandie.

Des surfaces articulaires floues, par usure des cartilages diarthrodiaux ou par début d'ankylose.

Mais, surtout, des néoproductions osseuses, des *ostéophytes*, « véritables stalactites osseux », soit au pourtour de la cavité cotyloïde, soit à la base de la tête. Les muscles périarticulaires même peuvent s'ossifier.

C'est la lésion fondamentale, caractéristique, de l'arthrite déformante de la hanche, bien différente de la décalcification ou des géodes tuberculeuses.

Nous verrons que ces productions osseuses suffisent parfois à gêner mécaniquement la marche et qu'elles peuvent être enlevées chirurgicalement.

Le schéma de radiographie que nous reproduisons montre — en les accusant naturellement, car les contours ostéophytiques sont habituellement flous — ces proliférations osseuses observées chez le malade de notre observation I.

La radiographie met particulièrement bien en évidence :



Les gros traits indiquent les contours nets et de premier plan. Les traits légers, les contours plus flous.

1° Les néoproductions osseuses très abondantes, soit autour du sourcil cotyloïdien, qui prend un aspect irrégulier, soit à la base de la tête fémorale. A noter la grosse saillie en forme de dent, au niveau du bord supérieur du col;

2° L'usure de la surface articulaire fémorale, qui a perdu son aspect régulièrement sphérique.

Les calques radiographiques sont dus à l'amabilité du Dr Japiot, chef du Service radiologique de l'Hôtel-Dieu.

Les différentes interventions pratiquées dans les arthrites chroniques déformantes de la hanche.

Ainsi, c'est devant un malade gêné dans son travail ou dans sa marche, ou même retenu au lit quoique jeune encore, c'est en somme devant un infirme, que la question de l'intervention chirurgicale se posera. Elle sera plus pressante encore si le malade fait partie de la classe ouvrière et doit gagner sa vie.

Un âge pas trop avancé ;

Un état général satisfaisant ;

Une arthrite monoarticulaire ou au moins nettement prédominante à une hanche ;

Telles sont les conditions d'intervention.

Elles n'ont pas jusqu'ici été nombreuses, en France surtout, et si nous consultons soit les traités classiques, soit les Revues des dernières années, nous ne trouvons le plus souvent, au chapitre du traitement, que des lamentations sur l'insuffisance des résultats de la thérapeutique.

Dans Duplay et Reclus, nous notons la phrase suivante : « Le traitement ? Nous n'en avons pas. Soulager

les souffrances du malade, c'est tout ce que nous pouvons faire. » Ce soulagement étant apporté soit par l'extension continue, soit par les calmants médicaux.

Mauclaire parle d'immobilisation prolongée et, parfois, de résection de la hanche, mais toujours dans des cas exceptionnels.

Forgue, quoique plus interventionniste, fait des réserves pour la hanche. « Actuellement, dit-il, la question du traitement opératoire est à envisager; l'arthrotomie est indiquée pour enlever des corps étrangers ou pour supprimer dans un cas monoarticulaire un ostéophyte bornant le jeu de l'article. Dans certaines arthrites sèches uniaarticulaires, chez un sujet jeune et robuste la résection peut donner — au coude et au genou — d'avantageux résultats. Mais ces indications demeurent rares. »

En Allemagne, Natzler, en 1912, tenta dans un cas d'arthrite déformante sévère des deux hanches, la résection des deux têtes fémorales avec arthroplastie (résection typique suivie de l'interposition d'un lambeau aponévrotique et musculaire) et mobilisation consécutive de l'articulation. Six semaines après, le malade, qui avait dû abandonner son métier d'agriculteur, puis de cocher, marchait sans trop de douleur avec deux bâtons. Il pouvait à ce moment fléchir activement ses deux hanches jusqu'à l'angle droit.

Nous n'avons pas la prétention de pousser outre mesure à l'intervention chirurgicale. Nous avons indiqué, au début de ce chapitre, les conditions nécessaires pour opérer — conditions voisines de celles que Forgue indique. — Nous voudrions simplement montrer par nos deux exemples que ces conditions se trouvent réunies peut-être plus fré-

quemment qu'on ne le croit (nos deux cas ont été observés dans la même année 1920-21) et réhabiliter un peu une opération qui jouit de la plus mauvaise réputation, peut-être parce qu'elle n'a pas été assez souvent pratiquée dans des cas où elle peut donner des succès : c'est l'*arthrodèse de la hanche*.

Auparavant, nous devons indiquer que les Anglais appliquent depuis plusieurs années, dans des cas semblables, un traitement opératoire.

Ely, en 1920, dit que, dans plusieurs cas, la résection de l'articulation intéressée, avec production de l'ankylose, est indiquée.

Depuis 1913, ils appliquent un traitement opératoire spécial, dont la technique nous est donnée dans le *British Medical Journal*, par un article de MM. Sampson Handley et Preston Ball. L'opération a été baptisée par eux : *Cheilotomy*. Elle consiste dans l'ouverture de l'articulation de la hanche et l'enlèvement — avec le ciseau et le maillet — des proliférations ostéophytiques, poussé aussi loin que possible; ceci dans le but de supprimer les douleurs et de restaurer les mouvements.

En effet, l'articulation n'est ensuite pas immobilisée; au contraire, les mouvements sont produits d'abord passivement, puis activement.

Les deux cas d'arthrite chronique de la hanche traités par ce procédé concernaient : l'un, un sportsman de 56 ans qui ne pouvait presque plus marcher; l'autre, un major de 62 ans encore très robuste, très actif, et irrité de son impotence presque absolue.

Cette opération pratiquée, nous dit un autre auteur anglais : Wheeler, plusieurs fois par lui-même dans des

cas de rhumatisme chronique avec douleur ou difformité (une observation concerne une jeune femme de 21 ans marchant avec des béquilles depuis 7 ans) serait une opération presque idéale puisqu'elle laisse à l'articulation tous ses mouvements, en supprimant la douleur.

Malheureusement, Handley et Ball avouent qu'elle est souvent difficile, toujours longue, et expose au shock.

De plus, la technique proposée par ces opérateurs est indiquée dans leur article d'une façon très incomplète. Puisqu'il s'agit d'une intervention délicate, on s'attendrait à trouver, minutieusement décrites, toutes les manœuvres qu'elle comporte : voie d'abord, temps successifs, positions à donner au membre, etc... Tout ceci n'est qu'ébauché et rend très malaisée toute tentative dans cette voie.

Enfin, les observations rapportées s'appliquaient à des cas encore récemment opérés (l'un quatre mois, l'autre dix jours auparavant). Les ostéophytes enlevés ne se sont-ils pas reproduits ? Il semble qu'il s'agisse là de l'ablation d'un obstacle mécanique tel que l'indiquait Forgeue, sans que l'intervention se soit attaquée à la cause même du mal : l'arthrite.

La mobilité de la hanche, soigneusement recherchée et reproduite après l'opération, paraît devoir favoriser l'évolution offensive de l'arthrite dans une jointure non maintenue au repos.

C'est donc un principe tout différent, qui a servi de guide aux deux opérations suivantes : arrêter les progrès de l'arthrite en ankylosant la hanche.

D'autre part, on sait déjà que certaines articulations lésées par une cause toute différente restent quelquefois douloureuses tant qu'elles conservent des mouvements et

parce qu'elles conservent ces mouvements. Nous avons vu MM. Nové-Josserand et Tavernier pratiquer l'arthrodèse de la hanche dans certains cas de coxalgies résiduelles non complètement ankylosées et restant douloureuses, pour fixer l'articulation et faire cesser les douleurs.

C'est ainsi qu'on a souvent pratiqué l'arthrodèse dans les cas d'articulations incomplètement enraidies, et douloureuses. Certaines arthrites aiguës du genou laissant une jointure partiellement ankylosée, avec de petits mouvements douloureux, sont guéries par l'arthrodèse du genou.

On pouvait donc espérer arrêter par ce moyen l'évolution de l'arthrite localisée et faire cesser des douleurs qui devenaient intolérables.

Et c'est toute là question des inconvénients de l'arthrodèse de la hanche, ce sont toutes ses difficultés techniques qu'il nous faut maintenant envisager.

L'ARTHRODÈSE DE LA HANCHE

Nous adopterons la définition de l'arthrodèse en général telle que la donnent Monod et Vanverts : « Toute entreprise pour ankyloser une jointure, et consistant à mettre en contact les extrémités articulaires dépourvues seulement de leur revêtement cartilagineux. »

C'est ce qui la distingue de la résection beaucoup plus mutilante puisqu'elle comporte l'ablation des épiphyses adjacentes.

Appliquant cette définition à la hanche, on voit que l'arthrodèse de celle-ci consiste essentiellement dans l'ablation des cartilages qui recouvrent la tête fémorale d'une part, la cavité cotyloïde d'autre part, et suivie d'une immobilisation qui fixe les deux surfaces au contact jusqu'à ankylose complète.

Depuis la guerre, on a, à tort, étendu la signification du mot arthrodèse en y comprenant les opérations destinées à amener l'ankylose des hanches ballantes après résections étendues. Ce n'est plus seulement la tête fémorale dépourvue de son cartilage que l'on fixe à la cavité cotyloïde, mais ce qui reste de l'extrémité supérieure du fémur que l'on réunit à un point quelconque de l'os coxal. Ces

cas ne sont pas à envisager dans notre thèse puisqu'il n'y a pas de dégâts osseux importants nécessitant une résection.

Rappelons en quelques mots l'histoire de l'arthrodèse de la hanche :

Après Albert, de Vienne, qui le premier, en 1878, « lança » l'arthrodèse — d'où le nom d'opération d'Albert — ce furent Lampugnani, Heussner et Albert qui appliquèrent en 1886 ce procédé à la hanche pour des luxations congénitales non guéries par le traitement habituel. Puis, en 1890, Dollinger l'employa pour un cas de paralysie infantile.

Depuis, c'est le plus souvent pour des cas semblables : séquelles de paralysie spinale infantile, qu'on se sert de l'arthrodèse de la hanche ; citons, en Allemagne, Lücke, Schreiber ; en France, le docteur Curtillet, d'Alger, Lagrange, qui intervint pour une arthrite coxo-fémorale post-scarlatineuse avec luxation pathologique, Delanglade, etc.

En résumé, on se convainc par la lecture de ces faits publiés il y a relativement peu d'années, que l'arthrodèse de la hanche n'a été faite que dans un nombre restreint de cas, qu'on peut classer ainsi :

1° La *paralysie infantile* surtout, ayant laissé une hanche trop mobile par paralysie et atrophie des muscles péri-articulaires ;

Elle se complète souvent par l'ankylose du genou et du pied.

2° La *polyomyélite aiguë de l'adulte* pour des paralysies comparables ;

3° La *maladie de Little*, bien plus rarement ;

4° La *luxation congénitale de la hanche* et seulement

comme pis aller, alors que les autres méthodes de traitement, bien préférables, ont échoué.

On ne peut rapprocher de nos arthrites chroniques traitées par ce moyen que le cas publié par Lagrange en 1890 et se rapportant à une arthrite de la hanche après scarlatine. Encore n'est-on intervenu dans ce cas qu'à cause de la luxation pathologique consécutive.

*
* * *

Quelle est l'opinion des chirurgiens qui ont pratiqué cette opération ?

Elle est exprimée catégoriquement par Calot en ces termes : « Abstenez-vous de l'arthrodèse de la hanche, opération assez grave dont la technique et les résultats ne sont pas encore assez clairs. »

Une grande majorité de chirurgiens ont une appréciation semblable.

Karewski n'aime pas l'arthrodèse de la hanche, qu'il ne trouve que très rarement indiquée.

Wolff, Defontaine, Bade, Kirmisson, émettent un avis nettement défavorable. De Cauléjac, dans sa thèse, est absolument hostile.

Margary et Albert, au contraire, la préconisaient.

Les reproches qu'on a fait à l'arthrodèse de la hanche, et qui en ont presque fait rejeter l'emploi, peuvent se résumer ainsi :

1° C'est une opération présentant de grandes difficultés techniques, et n'aboutissant pas, dans la majorité des cas, à l'ankylose cherchée ; le plus souvent on n'a qu'une demi-ankylose avec conservation de certains mouvements ;

2° Dans les cas rares où l'ankylose est obtenue, il en

résulte une très grande gêne pour le malade : gêne pour la station assise, pour la défécation, impossibilité de l'abduction de la cuisse, ce qui, dans l'accouchement par exemple, peut constituer un réel obstacle.

*
* . *

Ces objections ont été formulées par des chirurgiens qui avaient en vue surtout les séquelles de paralysie infantile, et hésitaient entre un appareil orthopédique et une hanche ankylosée par ce procédé. Elles n'ont plus la même valeur si on considère la question du point de vue qui nous occupe.

En effet, la difficulté qu'éprouve le malade à s'asseoir, etc., etc... n'est pas à comparer avec l'état de véritable infirmité où il se trouvait avant l'opération ; là, pas d'appareil orthopédique apportant un soulagement ; il vaut encore mieux avoir quelques mouvements difficiles que d'être maintenu au lit.

Enfin, les coxalgiques guéris éprouvent, par l'ankylose de leur hanche, la même gêne et peuvent néanmoins avoir une vie active.

La condition essentielle est l'ankylose de la hanche en bonne position.

Quant aux difficultés techniques, elles ont fait naître un certain nombre de procédés plus ou moins heureux et que nous allons passer en revue par ordre, à peu près, chronologique.

Tout d'abord, la *méthode ordinaire* à toutes les arthrodèses ; c'est celle qui a été utilisée dans notre observation I avec un plein succès et c'est pourquoi nous devons la décrire avec quelques précisions.

Les voies, d'abord, sont celles que l'on utilise pour la résection de la hanche ; on peut employer une des trois voies classiques :

1° *Voie postérieure.* — Elle comprend toute une série d'incisions. Celles-ci ont une partie inférieure fémorale commune et divergent à partir du trochanter dans leur portion fessière, pour se porter, soit entre les deux épines iliaques antérieures (procédé d'Ollier), soit vers l'épine iliaque postéro-supérieure (procédé de Langenbeck). Entre ces deux lignes extrêmes, se trouve une zone en éventail qui permet à l'opérateur de choisir le tracé qui lui paraît le meilleur.

2° *Voie antérieure* (Schede, Lücke). — L'incision passe soit entre le couturier et le tenseur du fascia lata, soit entre le couturier et le psoas.

3° *Voie latérale.* — C'est le procédé « en tabatière » d'Ollier ; c'est celui qui nous paraît préférable parce qu'il permet d'aborder la capsule avec un jour large, d'explorer le mieux possible et de ruginer le cotyle.

L'incision semi-lunaire à convexité inférieure passe dans sa partie la plus déclive, à 45 ^m/_m au-dessous du bord supérieur du trochanter ; son extrémité antérieure est à 5 cm. en avant de la saillie antérieure du grand trochanter ; l'extrémité postérieure à 4 ou 5 cm. en arrière de sa saillie postérieure.

On sectionne le grand trochanter à la scie, de dehors en dedans et de bas en haut, et on le récline avec les muscles pelvi-trochantériens qui s'y insèrent. C'est alors qu'on aborde la capsule articulaire largement découverte.

La tête fémorale est fixée avec un davier de Lambotte qui pince le col; il est facile de la peler entièrement de son cartilage en la luxant en dehors. Le cotyle est beaucoup moins abordable; l'enlèvement de son cartilage, qu'on doit faire à la rugine, est toujours moins satisfaisant. Peut-être l'emploi d'une grosse fraise des dimensions du cotyle, semblable à la fraise de Murphy, faciliterait-il cette manœuvre.

Les deux surfaces dénudées sont replacées en contact, en réduisant la tête.

La plaie est fermée partiellement, de façon à laisser en arrière une voie de drainage, et l'articulation est immobilisée dans un grand plâtre remontant jusqu'aux aisselles, qui maintient le membre en extension et en abduction forte pour assurer la plus grande surface de contact possible entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde et pour prévenir aussi les attitudes vicieuses.

Cette immobilisation doit être longue, elle doit se compter par mois.

Cette méthode, bien que couronnée de succès dans notre cas I, est généralement rejetée parce qu'elle n'aboutit pas, dit-on, à l'ankylose. Voici en quels termes Dollinger précise l'empêchement à la consolidation correcte : « Après ablation du cartilage articulaire, la tête fémorale est devenue beaucoup plus petite, le cotyle beaucoup plus grand. » Dans ces conditions, il y a disproportion accusée entre les deux surfaces articulaires, les points de contact sont insuffisants; il n'y a pas cet emboîtement de la tête fémorale par l'acetabulum nécessaire à la formation d'une ankylose solide comme elle doit l'être au membre inférieur. Au contraire, le moindre mouvement fait perdre le contact

du cotyle; de plus, les muscles périarticulaires tendent à luxer la tête hors du cotyle devenu trop large.

Sans méconnaître la valeur de ces objections — confirmées souvent par les faits — il nous paraît intéressant de faire connaître au moins un cas traité par cette méthode simple, et suivi de résultats aussi satisfaisants que possible.

Pourquoi l'ankylose, habituellement si rebelle, a-t-elle été obtenue? Il y a là matière à quelques hypothèses que nous envisagerons après avoir relaté l'observation détaillée.

Puisque l'observation anatomique et les conséquences cliniques montraient une mauvaise coaptation habituelle entre les deux surfaces articulaires, on a cherché à les maintenir au contact par différents procédés.

DOLLINGER préconisa successivement deux moyens de fixer l'un à l'autre le cotyle et la tête fémorale.

Dans une première opération, après incision des parties molles, désinsertion des muscles trochantériens, ouverture de l'articulation et pelage des deux surfaces cartilagineuses, il traversa par une vis métallique le trochanter et la tête du fémur dans la direction du col. Puis, après avoir placé le membre en position convenable, il fit traverser à la vis le fond du cotyle. Par une incision inguinale, et par voie extra-péritonéale, il alla fixer un écrou à la face interne du cotyle. Un deuxième écrou maintenait la vis à la face externe du trochanter et permettait d'assurer un contact aussi serré que possible entre les deux faces articulaires.

Ultérieurement il se servit, au lieu d'une vis et de ses deux écrous, d'un fil d'argent placé de la même façon et maintenu entre deux plaques métalliques.

Citons encore les procédés analogues de Lagrange qui se sert, comme moyen de fixation, de deux broches métalliques; celui de Rœrch qui utilise deux chevilles d'ivoire résorbables; celui de DARAIGNEZ qui propose d'enfoncer la cheville, non pas dans le fond du cotyle, trop peu résistant et qui se fracture aisément, mais dans le sourcil cotyloïdien, plus épais.

Malgré le contact assuré par ces différents procédés, l'ankylose complète n'a presque jamais été obtenue.

C'est alors que MENCIÈRE, de Reims, eut l'idée de provoquer une suppuration aseptique dans l'intérieur de l'articulation, partant du principe que, à l'origine de toutes les ankyloses, on trouve généralement un élément inflammatoire. C'est ce qu'il a appelé « l'ankylose par voie de suppuration aseptique ».

Au point de vue technique, dans un premier temps, il aborde l'articulation en conservant autant que possible la capsule articulaire et les ligaments, qui sont des moyens utiles de contention. Après avoir soigneusement ruginé les cartilages articulaires, il touche les surfaces dénudées avec des tampons imbibés de la solution suivante :

{ neuf parties d'acide phénique neigeux,
{ une partie d'alcool.

Cette application, qui ne dure pas plus de une à deux minutes, est suivie d'abondants lavages à l'alcool, pour enlever les moindres traces d'acide phénique.

Il referme partiellement la plaie en laissant une mèche au centre, au besoin une deuxième mèche à la partie déclive de la plaie pour assurer le drainage.

: Le membre est immobilisé en plâtre. Ordinairement il

n'y a pas de complications consécutives : peu de température (jamais plus de 39°), pas de signes d'intoxication.

Les malades traités par cette méthode nommée encore « phénarthrodèse. » et présentés au XVI^e congrès de chirurgie présentaient une ankylose osseuse solide.

Ce procédé paraît un peu choquant à notre époque d'asepsie et de tendance aux fermetures des plaies par première intention. Il apparaît à E. Weill dans sa thèse sur l'arthrodèse de la hanche, comme un pis aller, bon à utiliser seulement si les autres procédés sont inapplicables. « S'il est matériellement impossible, dit-il, d'obtenir une ankylose sans l'intermédiaire d'une suppuration quelconque, le procédé de M. Mencièrre ne produisant qu'une inflammation d'ordre aseptique est évidemment la méthode de choix ; mais s'il y a moyen par une modification à la technique couramment employée d'obtenir une ankylose osseuse solide et définitive, il nous semble tout à fait inutile de la compliquer d'un temps supplémentaire et qui peut devenir une menace par suite de la plus minime erreur de technique. »

Cette modification à la technique, DELANGLADE crut l'avoir trouvée ; elle est rapportée en détail dans la thèse de Weill à qui nous faisons ces larges emprunts. Nous insisterons un peu sur cette technique de Delanglade parce qu'elle a été utilisée dans notre observation II, et qu'elle ne nous paraît pas avoir donné les résultats espérés par le créateur de la méthode.

L'intervention comporte sept temps :

Premier temps : Incision des parties molles, à peu près selon le tracé latéral que donne Ollier pour la résection

de la hanche. C'est une incision en arc de cercle entourant la base du grand trochanter, se terminant en avant près de l'épine iliaque antéro-supérieure, en arrière à deux travers de doigt derrière le trochanter.

On incise l'aponévrose superficielle sur le bord antérieur du moyen fessier et on sectionne l'insertion de ce muscle sur le trochanter.

Deuxième temps : Section du grand trochanter. Là encore c'est le procédé d'Ollier dit « de la tabatière » qui permet, en réclinant le trochanter en haut, d'entraîner avec lui la masse des muscles pelvi-trochantériens. La capsule articulaire est largement incisée en T, pour permettre d'aborder commodément la tête fémorale et le rebord cotyloïdien.

Les cinq derniers temps consistent dans la taille au ciseau et au maillet, de la tête fémorale en forme de cube régulier, et de la cavité cotyloïde en forme d'angle trièdre, de façon à emboîter exactement ce cube.

Troisième temps : Section des deux surfaces principales formant l'appui coxo-fémoral.

La partie supéro-externe de la tête est détachée au ciseau, réalisant une face plane et horizontale.

Le sourcil cotyloïdien est entaillé selon une direction parallèle, mais à sept ou huit millimètres plus haut.

Quatrième temps : On sectionne la partie antérieure de la tête fémorale pour former une deuxième surface exactement perpendiculaire à la première.

Cinquième temps : La tête est luxée hors de la cavité cotyloïde, le ligament rond est coupé. C'est alors qu'on

taille la troisième face du cube fémoral sur la partie interne de la tête et perpendiculairement au deux autres surfaces.

On met le membre en rotation externe complète pour tailler la dernière face utile, celle qui correspond à la partie postérieure de la tête.

Sixième temps : L'opérateur sculpte au ciseau dans le sourcil cotyloïdien, deux autres faces : l'une antéro-supérieure, l'autre postéro-supérieure, réalisant ainsi le moule d'une pyramide quadrangulaire dans lequel viendra s'enchâsser sur la tête. C'est le *septième temps*.

Le trochanter est fixé à sa place ; la plaie est suturée et drainée par une mèche au point déclive. La hanche est ensuite immobilisée dans un grand appareil plâtré pendant quinze jours à trois semaines.

Voici maintenant l'opinion de Weill au sujet de cette opération : « Cette technique qui paraît peut-être un peu compliquée à la lecture est excessivement simple en réalité dès qu'on l'a comprise... L'intervention est très facile à exécuter sur un membre en position correcte, elle est au contraire hérissée de difficultés si l'on est obligé de corriger en même temps une attitude vicieuse ».

Les deux observations rapportées par E. Weill montrent que l'ankylose est parfaite, en bonne position, dans le premier cas. Dans le deuxième, la consolidation n'était pas faite encore au moment de l'impression de la thèse.

Notre observation II (Opération de M. Tavernier) a fait faire des remarques différentes.

Au point de vue des difficultés techniques d'abord : la taille de la tête paraît relativement facile ; par contre celle

du cotyle offre de très grandes difficultés, en particulier pour réussir à sculpter trois faces qui s'adaptent rigoureusement aux faces de la tête. En effet, la tête fémorale est mobile, peut être luxée et tournée selon la direction voulue; le cotyle est immobile et profond. Si bien que les faces ne peuvent pas commodément être tout à fait perpendiculaires les unes sur les autres comme l'exige le procédé.

En second lieu, les tailles une fois exécutées, on s'aperçoit, selon la remarque de M. Tavernier, que la tête du fémur est devenue plus petite, tandis que le cotyle s'est encore agrandi. On a donc l'impression qu'on a exagéré cette disproportion entre les deux surfaces articulaires, cause, selon Dollinger, des mauvais résultats de l'arthrodèse simple.

Enfin, l'ankylose osseuse n'est pas toujours obtenue par ce procédé, comme le montre notre observation II.

Doit-on considérer comme un procédé spécial d'arthrodèse, l'opération de DE BEULE qui consiste, dans les hanches ballantes, après résection, à souder par une vis l'extrémité supérieure du fémur à la tubérosité ischiatique ? Ce serait étendre beaucoup la signification du mot arthrodèse, nous l'avons dit.

En juin 1920, M. Dionis du Séjour rapportait trois observations de hanches ballantes après résection et consolidées par : l'avivement de l'extrémité supérieure du fémur ; l'avivement de la cavité cotyloïde ; la reposition de l'extrémité fémorale dans la cavité cotyloïde en la maintenant dans cette position par une longue vis de Lambotte destinée à être enlevée quelques jours après.

Ces deux derniers procédés s'appliquent, nous l'avons dit, uniquement aux hanches ballantes, donc pas du tout

au cas qui nous occupe ; néanmoins les procédés de fixation peuvent être retenus.

Actuellement, il semble que, si l'on admet la nécessité d'une fixation artificielle pour maintenir en contact la tête fémorale et le cotyle, dépourvus de leur cartilage, il semble, disons-nous, que la meilleure soit réalisée par un greffon osseux péronier fixant — un peu à la façon des vis de Dollinger — l'extrémité supérieure du fémur au cotyle, ou plus précisément au sourcil cotyloïdien.

C'est, en somme, un dérivé du procédé de Delbet pour les fractures du col, mais appliqué à l'arthrodèse, la tige osseuse réunissant le fémur au bassin et non deux portions du fémur. Le procédé s'inspire aussi de l'idée de Daraigne : Enfoncer la tige, non dans le fond du cotyle, mais dans la partie plus épaisse constituée par le sourcil cotyloïdien. Le greffon osseux est mieux toléré que les différentes chevilles ou les fils métalliques proposés antérieurement ; il fait corps avec l'os environnant.

Enfin, si la consolidation à la hanche est difficile, c'est probablement parce que l'insuffisance de contact entre les surfaces n'est pas compensée par les jetées osseuses qui peuvent se faire — dans les fractures avec gros déplacement, par exemple — grâce aux lambeaux périostiques, ici inexistants. Il faut se rappeler l'importance du « pont périostique » signalé par Ollier, facteur de cal provisoire en attendant que se forme le cal définitif. Dans aucune arthrodèse cet agent de formation osseuse n'intervient. Ne pourrait-on pas l'apporter artificiellement par des greffes ostéo-périostiques prélevées selon la méthode de Delagènière, et enroulées autour de la surface de contact entre le cotyle et le fémur, ou jetées comme des ponts réunissant

le sourcil cotyloïdien à la tête fémorale ? Cette idée, suggérée par M. Tavernier, est encore à l'essai.

En résumé, il existe de nombreux procédés d'arthrodèse de la hanche, ce qui indique, malheureusement, l'inconstance des résultats.

Aucun de ces procédés n'est parfait et n'est applicable dans tous les cas. Mais la question, un moment délaissée, nous semble mériter d'être reprise, étudiée à nouveau, parce qu'elle est applicable, avec des résultats très satisfaisants, nous allons le voir, aux cas graves d'arthrite chronique déformante de la hanche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

V... Célestin, 55 ans.

Est entré dans le service de M. Durand le 29 octobre 1920, pour des phénomènes d'arthrite douloureuse de la hanche droite.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 86 ans. Père mort à 72 ans d'affection cérébrale. Frères bien portants (50 et 71 ans).

Antécédents personnels : Très bonne santé ordinaire. Marié. Pas d'enfants. Sa femme n'a pas eu de fausse-couche. Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. Pas de maladie vénérienne.

Histoire de la maladie : C'est au moment du service militaire que se seraient manifestés les premiers symptômes : légère fatigue de l'articulation et surtout gros craquements dans la hanche droite. En janvier-février 1919, les phénomènes jusque-là très torpides et presque latents s'accroissent. Douleurs à la hanche droite dans la station debout et dans la marche. Au repos, les douleurs s'atténuent. Elles sont absentes la nuit ; le malade les localise au niveau des vaisseaux fémoraux et en arrière du grand trochanter. En même temps, craquements.

Le 8 juillet 1919, le malade est hospitalisé à la salle Sainte-Marthe. A l'entrée, membre inférieur droit totalement atrophié, mais renflé au gigot à sa racine, ce gonflement portant sur la face antérieure de l'article. La palpation est peu douloureuse, la pression sur le genou indolore.

Mouvements de rotation du fémur possibles, mais limités ; tous les autres mouvements (flexion, extension, abduction, adduction) sont impossibles. Dès le début on entraîne le bassin.

Le malade est soumis dans le service au repos et à un traitement salicylé. Peu d'amélioration. Le malade est renvoyé chez lui.

Le 29 octobre 1920, il rentre dans le service ; il a toujours souffert de la hanche, mais a continué à travailler. Depuis deux mois, nouvelle aggravation ; la claudication est devenue plus prononcée, le malade n'a pu marcher qu'avec une canne. Le membre s'est atrophié, s'est raccourci de dix centimètres et s'est placé dans une position d'adduction et de légère rotation externe.

Le 1^{er} mars 1921. — Intervention. — Incision en tabatière d'Ollier. On luxe la tête après rugination du col. Elle apparaît avec les caractères qu'on pourrait supposer, c'est-à-dire déformation, champignon ostéo-cartilagineux au pourtour des limites cervico-céphaliques. Cartilage dépoli et irrégulier avec saillies et dépressions.

On la pèle délicatement au ciseau en dénudant l'os dans toute sa périphérie. Ecartant la tête, on aborde la cavité cotyloïde qu'on avive avec une longue et solide curette.

Mise en place de la tête. Suture à trois plans de la partie antérieure de l'incision ; on laisse bâiller la partie postérieure, on y met un drain. Grand plâtre en abduction ; extension parfaite.

Ce plâtre est laissé vingt-trois jours. Au bout de ce temps, on constate déjà une ankylose presque totale de la hanche.

Deuxième plâtre encore très en abduction, laissé quarante-cinq jours.

Puis le malade reste huit jours sans plâtre, marchant avec des béquilles.

Enfin troisième plâtre non plus en abduction, mais en position verticale, avec lequel le malade peut marcher.

Les douleurs disparurent subitement dans les jours qui suivirent l'intervention et n'ont plus jamais reparu. Actuellement, le malade se sent tout à fait guéri ; il ne souffre pas et exerce un métier particulièrement fatigant puisqu'il est charbonnier ! marche toute la journée et porte de lourds sacs de charbon à domicile.

Revu il y a quelques jours, on a constaté une ankylose complète de la hanche ; tous les mouvements (flexion, abduction, adduction, rotation) entraînent le bassin.

Malgré l'immobilisation longue en grande abduction, il s'est reproduit un peu d'attitude vicieuse en adduction, compensée par

une élévation de l'épine iliaque droite amenant un raccourcissement apparent de cinq centimètres environ.

Un peu d'hydarthrose du genou droit.

OBSERVATION II

Mme R... (Jura), 57 ans.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels, en particulier pas de tuberculose.

La malade souffre depuis sept ans de douleurs très vives dans la hanche droite. Début de ces douleurs après un érysipèle de la face.

Les douleurs et la boiterie sont progressives et ont fini par devenir intolérables. Impotence presque complète : la malade bouge à peine du lit. Elle souffre aussi quelquefois un peu de la hanche gauche.

L'exploration objective ne montre rien d'anormal, autre que de la limitation légère des mouvements dans tous les sens, et de la douleur dans la recherche de ces mouvements.

Intervention le 6 septembre 1920.

Grande tabatière d'Ollier. La tête apparaît un peu irrégulière avec des endroits à cartilage érodé, mais peu de proliférations ostéophytiques sur les bords. La cavité cotyloïde, autant qu'on peut s'en rendre compte, est moins malade.

On essaye une taille des surfaces osseuses en cube suivant la technique de Delanglade. On réussit sans trop de peine la taille de la tête, mais celle du cotyle est très difficile. Seul, le premier coup sur le toit du cotyle est correct et efficace ; les autres faces ne sont taillées qu'approximativement et on finit par obtenir un cotyle beaucoup trop grand.

L'adaptation de la tête en haut et en avant du néocotyle est bonne.

Suture sans drainage malgré un grand espace mort dans le cotyle au-dessous et en arrière de la tête.

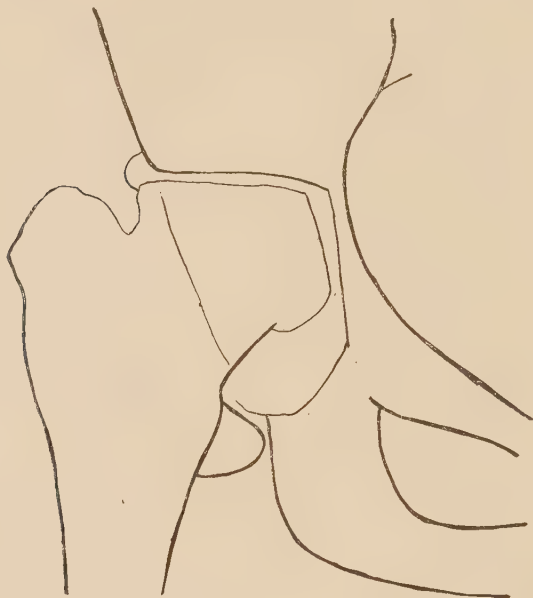
Suture périostique assurant le maintien du trochanter.

Grande attelle plâtrée pelvi-dorso-pédieuse en abduction et flexion légère.

Suites simples.

6 novembre 1920 : Bonne position. Très peu de mouvements, indolence complète. -

Culotte plâtrée au genou.



Les gros traits indiquent les contours nets et de premier plan. Les traits légers, les contours plus flous.

La malade est ramenée chez elle sans être encore autorisée à marcher ; la marche n'est permise que quinze jours après.

10 janvier 1921 : La malade va très bien, marche sans trop de difficultés.

La position est correcte, mais il subsiste des mouvements ; on a même l'impression qu'ils sont plus considérables qu'au dernier examen.

13 février : Va très bien. Marche à petits pas. Ne souffre plus. Elle se plaint plutôt du genou et des épaules ; détache facilement le talon du lit.

30° environ de flexion indolente. Mouvements d'abduction de 5 à 10° d'amplitude. Pas de mouvements de rotation.

Après une semaine de surveillance et de marche sans plâtre, il n'y a aucune tendance à des attitudes vicieuses. On autorise la reprise de la marche sans plâtre.

Actuellement, la malade, à qui nous avons écrit, nous a répondu le 5 novembre qu'elle n'a plus jamais souffert de sa hanche. Elle marche sans souffrance, s'occupe de son ménage, et, si elle n'ose pas faire de grandes promenades sans le secours de sa canne, du moins circule-t-elle dans sa maison très librement.

Son ankylose semble être restée ce quelle était au dernier examen.

Ces deux observations sont intéressantes à rapporter, à cause de leurs points communs et de leurs légères divergences. Nous les envisagerons à trois points de vue :

symptômes ;
technique opératoire ;
résultats.

La malade n° II se présente essentiellement comme une *douloureuse* ; elle souffre beaucoup, elle souffre depuis sept ans ; ce sont surtout les douleurs qui la font boiter, qui l'empêchent de marcher et la retiennent au lit.

On ne constate à l'examen qu'un peu de raideur, de limitation des mouvements, mais sans attitude vicieuse, sans tendance nette à l'ankylose.

La radiographie faite avant l'opération et l'intervention même, montrent peu de proliférations ostéo-phytiques. Donc pas ou peu de tendances plastiques.

La méthode employée est celle de Delanglade ; c'est cette observation qui nous a fourni la critique du procédé, ainsi que nous l'avons fait précédemment. Nous n'y reviendrons pas.

Les résultats sont fort intéressants au double point de vue : 1° des douleurs ; 2° de l'ankylose.

Nous avons dit que la malade était une *douloureuse* ;

or il faut remarquer la disparition *rapide, subite* des douleurs articulaires aussitôt après l'opération ; *elles ne se sont jamais reproduites*. C'est là un fait capital, sur lequel on n'avait pas beaucoup insisté jusqu'alors, puisque l'arthrodèse de la hanche avait été faite surtout dans des cas d'articulations saines, insuffisantes seulement, à cause des paralysies musculaires environnantes.

Alors même que l'ankylose obtenue ne serait pas parfaite — c'est le cas de notre malade — l'évolution de l'arthrite paraît être arrêtée, ou du moins l'élément douloureux a disparu.

La malade écrit : « Depuis l'opération, je n'ai ressenti aucune douleur de ma hanche et je puis dire que le mieux s'est accentué de sorte qu'aujourd'hui je marche facilement, sans souffrance et sans grande boiterie. »

Donc, grande amélioration subjective et impotence fonctionnelle de beaucoup diminuée quoique l'ankylose ne soit pas complète. Cet exemple vient confirmer l'observation générale sur la difficulté d'obtenir des résultats parfaits après arthrodèse de la hanche, au moins par le procédé choisi. Peut-être aussi, une immobilisation beaucoup plus prolongée aurait-elle amené une ankylose plus complète ? (et cependant Delanglade indique une immobilisation de quinze jours à trois semaines, comme étant suffisante).

Mais puisque la malade ne souffre plus et puisqu'elle peut mener une vie assez active tandis qu'elle bougeait à peine du lit auparavant, on a le droit de penser qu'on fait œuvre utile.

Le malade n° I présentait des symptômes un peu différents ; il souffrait beaucoup, mais de plus, on peut dire « qu'il bâissait ». Les radiographies montraient de nom-

breuses et volumineuses productions ostéophytiques entourant tout le cotyle et même hérissant le col fémoral. De plus, il semblait évoluer vers l'ankylose progressive, en attitude vicieuse.

La technique opératoire a été la plus simple.

Les résultats ont été aussi satisfaisants que possible.

La douleur a disparu tout à fait, comme dans l'autre cas, dès les premiers jours qui ont suivi l'opération; elle n'avait pas reparu neuf mois après l'intervention et malgré la pression étrangement fatigante choisie par le malade.

L'ankylose, nous l'avons dit, est totale, et là on est réduit à faire des hypothèses pour expliquer un pareil résultat avec la technique la plus simple et ordinairement la moins employée. L'élément inflammatoire de l'arthrite favorise-t-il la soudure des deux surfaces ainsi que l'avait remarqué Mencièrè ? On pourrait dire aussi que l'opération n'a fait qu'ankyloser en position meilleure une articulation qui, déjà, avait des tendances spontanées à l'ankylose. Du moins, là encore la cessation complète des douleurs et la marche devenue facile et normale, sans aucun soutien, tout ceci donne pleinement raison à l'opérateur.

En résumé, l'arthrodèse dans les arthrites déformantes de la hanche supprime à coup sûr (autant qu'on peut l'affirmer après deux cas seulement) la douleur souvent intolérable ; elle permet la marche, sans qu'on puisse cependant, avec les procédés actuels, répondre absolument du degré de l'ankylose obtenue.

RÉSUMÉ DES TRAITEMENTS OPÉRATOIRES

Si on veut maintenant embrasser par une vue d'ensemble les différents traitements opératoires de l'arthrite déformante de la hanche, on voit qu'ils ont été inspirés par deux idées directrices différentes :

1° *Conserver à la hanche sa mobilité* à cause des inconvénients qui résultent fatalement de son ankylose : gêne dans la station assise, difficulté pour le malade de se pratiquer certains gestes de la vie courante : se pencher à terre, lacer ses chaussures, etc.

Les opérations qui s'inspirent de ce principe sont plus ou moins conservatrices :

Elles peuvent respecter les surfaces articulaires existantes : *ablation de quelques ostéophytes, cheilotomie.*

Elles peuvent créer une néarthrose : *résection orthopédique avec arthroplastie.*

Ces traitements paraissent avoir dans différents cas calmé les douleurs de l'arthrite et permis une marche plus aisée (encore faut-il remarquer que les résultats en sont aléatoires surtout quand il s'agit de résection avec arthroplastie). Mais, même dans les cas favorables, l'évolution de la maladie paraît incertaine. Il semble que l'articula-

tion, par sa mobilité, puisse de nouveau être un point d'appel pour le développement d'une arthrite ultérieure.

Ainsi : de bons résultats immédiats, un pronostic réservé au point de vue des récidives, tel nous paraît être le bilan de cette méthode de traitement.

2° On peut se proposer au contraire d'*ankyloser définitivement la hanche*, malgré les quelques gênes qui en résultent. On peut pratiquer alors, soit la *résection* classique avec immobilisation de la hanche, soit surtout l'*arthrodèse* par un des procédés cités, éprouvés ou encore à l'étude. C'est à l'arthrodèse que vont nos préférences puisqu'elle produit des dégâts osseux moindres, un raccourcissement à peu près nul, et puisqu'elle suffit.

Entre ces deux voies, le chirurgien appréciera et pourra choisir, selon la gravité de l'arthrite, selon l'âge, selon la condition sociale du sujet.

CONCLUSIONS

I. — Il existe chez l'adulte ou le vieillard, des arthrites chroniques déformantes de la hanche, non tuberculeuses, non syphilitiques, etc. qui, par leur gravité, commandent l'intervention chirurgicale pour soulager la douleur ou pour permettre la marche.

II. — Comme traitement opératoire, on n'a employé jusqu'ici — et d'ailleurs rarement — que :

a) l'ablation après arthrotomie de quelques corps étrangers articulaires gênants, ou la cheilotomie qui tente d'enlever tous les ostéophytes.

b) La résection avec ou sans arthroplastie (interposition d'une bandelette musculaire entre les extrémités osseuses).

III. — On peut opposer aux traitements tendant à restaurer la mobilité articulaire, l'*arthrodèse de la hanche* qui recherche l'ankylose de celle-ci. Malgré les difficultés techniques, causes de procédés opératoires variés, on a dans les deux observations citées, amélioré très sensiblement l'état des malades.

IV. — Elle paraît agir immédiatement sur les douleurs

et faciliter, même quand l'ankylose obtenue n'est pas parfaite, la marche et la vie active.

Elle nous paraît donc mériter d'être tentée dans d'autres cas d'arthrite chronique déformante de la hanche, pourvu que le sujet ait un bon état général et que les manifestations articulaires soient localisées ou très prédominantes à une seule hanche.

Les résultats en sont peut-être moins brillants que si l'on veut conserver à la hanche sa mobilité ; il nous paraissent, par contre, devoir être plus durables.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VALLAS.

VU :
LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 novembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERT. — Arthrodèse coxo-fémorale (*Revue d'Orthopédie*, 1892).

DE BEULE. — La résection de la hanche suivie de fixation de l'extrémité supérieure du fémur à la tubérosité ischiatique (*Journal de Chirurgie*, 1907).

BÉGOUIN, BOURGEOIS, DUVAL, etc. — *Précis de pathologie chirurgicale*.

CALOT. — L'orthopédie indispensable.

DARAIGNEZ. — De l'arthrodèse (*Thèse de Bordeaux*, 1890-91).

DELAGÉNIÈRE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (décembre 1917).

DIONIS DE SÉJOUR. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, juin 1920.

DOLLINGER. — *Arthrodese bei der Kinderlahmung Centralblatt für Chirurgie*, sept. 1891.

DUPLAY-ROCHARD-DEMOULINS. — *Diagnostic chirurgical*.

DUPLAY-RECLUS. — In *Traité de Chirurgie*.

ELY. — *Surgery of gynecology and obstetric*, 1920.

FARABŒUF. — *Précis de manuel opératoire*.

FORGNE. — *Précis de pathologie externe*, t. I.

GUYOT. — In *Chirurgie réparatrice et orthopédique*, 1920.

HEUSSNER. — Arthrodèse coxo-fémorale (*Centralblatt für Chirurgie*, 1884).

HANDLEY et BALL. — In *British Medical Journal*, 1913.

KIRMISSON. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.

— Difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence.

LAGRANGE. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1890.

LABEY. — Chirurgie du membre inférieur.

MENCIÈRE. — Plénarthrodèse (*XVI^e Congrès français de Chirurgie de Paris*, 1903).

MARION. — *Manuel de technique chirurgicale*.

MANNONI. — Arthrite déformante de la hanche de l'adulte (*Thèse de Paris*, 1920-21).

MAUCLAIRE. — In *Collection Le Dentu-Delbet*.

MONOD et VANVERTS. — *Précis de technique opératoire*.

NATZLER. — *Zentralblatt für Chirurgie*, 1912.

NOVÉ-JOSSERAND. — *Précis d'orthopédie* (collection Testut).

OLLIER. — *Traité des résections*.

RAMALLY. — De l'arthrodèse (*Thèse de Lyon*, 1890-91).

REDARD. — *Traité de Chirurgie orthopédique*, 1892.

SCHANDS. — *Surgery et gynecology and obstetric*, 1912.

WEILL Emile. — Arthrodèse de la hanche (*Th. de Paris*, 1909-1910).

WHEELER. — *British Medical Journal*, 1913.

TABLE DES MATIERES

Exposition du sujet	9
Etude clinique et radiographique.....	13
Les différentes interventions pratiquées dans les arthrites chroniques déformantes de la hanche	17
L'arthrodèse de la hanche.....	23
OBSERVATIONS	37
Résumé des traitements opératoires.....	45
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE.	49

